



Corrélation entre syndrome anxio-dépressif et pathologies cardiaques: étude quantitative sur la prévalence des syndromes anxieux et dépressifs après un événement cardiologique aigu à court et moyen terme à l'aide de l'échelle HAD

Rafaël Gable

► To cite this version:

Rafaël Gable. Corrélation entre syndrome anxio-dépressif et pathologies cardiaques: étude quantitative sur la prévalence des syndromes anxieux et dépressifs après un événement cardiologique aigu à court et moyen terme à l'aide de l'échelle HAD. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01370452

HAL Id: dumas-01370452

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370452>

Submitted on 22 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

2016

Corrélation entre syndrome anxio-dépressif et pathologies cardiaques. Etude quantitative sur la prévalence des syndromes anxieux et dépressifs après un événement cardiologique aigu à court et moyen terme à l'aide de l'échelle HAD

GABLE Rafael

DES de médecine générale

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

Année 2015-2016

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Corrélation entre syndrome anxio-dépressif et pathologies cardiaques.

Etude quantitative sur la prévalence des syndromes anxieux et dépressifs après un événement cardiologique aigu à court et moyen terme à l'aide de l'échelle HAD

Présentée et soutenue publiquement le 9 mai 2016

Par Rafaël GABLE

Né le 25/07/1985 à L'Hay-les-roses.

COMPOSITION DU JURY

Président de jury : Professeur GIBELIN Pierre

Assesseurs : Professeur GARDON Gilles

Professeur BENOIT Michel

Professeur FOURNIER-MEHOUAS Manuella

Directeur de thèse : Docteur DADOUN Monique

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel

M BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

M. DAR COURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. HAR TER Michel

M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. SERRES Jean-Jacques

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M. VANOBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)

M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)

M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)

Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
MI.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Table des matières

I. INTRODUCTION	14
II. PROBLEMATIQUE.....	15
A. Contexte épidémiologique	15
1. Epidémiologie des événements cardiologiques aigus fréquents	
2. Etat des lieux des troubles psychologiques en France	
a. Syndrome dépressif	
b. Trouble anxieux	
3. Lien entre trouble psychologique et pathologie cardiaque	
a. Syndrome dépressif et infarctus du myocarde	
b. Syndrome anxieux chez le coronarien	
c. Syndrome dépressif et chirurgie cardiaque	
d. Autres associations	
B. L'enjeu du dépistage des troubles psychiques	20
C. Le parcours de soin après un événement cardiologique aigu	21
1. Le centre de rééducation cardiovasculaire	
2. Le retour a domicile	
D. La place du médecin généraliste	24
1. Démographie médicale	
2. Le reforme du parcours de soin	
3. Le dépistage des maladies psychiques	
4. Le médecin généraliste : atout dans le dépistage	
E. Objectifs de l'étude	26
III. MATERIELS ET METHODES	27
A. Recherches bibliographiques	27
B. Type d'étude et population.....	27
C. Choix du questionnaire	28
D. Recueil de données	29
E. Analyses statistiques	31

IV. RESULTATS	32
A. Description générale de l'échantillon	32
1. Répartition en fonction de la pathologie aiguë	
2. Age moyen et médian de l'échantillon	
3. Données annexes	
B. Prévalences observées dans l'échantillon	34
1. Prévalence des patients anxieux et dépressifs à court terme	
2. Prévalence des patients anxieux et dépressifs à moyen terme	
3. Sévérité de l'atteinte anxieuse	
4. Sévérité de l'atteinte dépressive	
C. Prévalences observées dans les sous groupes	36
D. Prévalences observées dans les sous groupes en fonction du sexe	37
E. Scores médian A et D	39
F. Associations significatives retrouvées	40
V. DISCUSSION	42
A. Résultats observés dans l'échantillon principal	42
1. Dans le mois suivant l'évènement cardiaque aigu	
2. A trois mois de l'évènement cardiaque aigu	
3. Evolution	
B. Détermination du profil à risque	44
C. Comparaison par rapport à la littérature	45
D. Limites de l'étude	47
E. Perspectives	48
VI. CONCLUSION	50
VII. RESUME	52
VIII. ANNEXES	53
IX. BIBLIOGRAPHIE	56

Remerciements

Membres du jury

- **Président du jury** : Professeur GIBELIN Pierre. Merci de me faire l'honneur de présider ce jury afin de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.
- **Assesneur** : Professeur GARDON Gilles. Merci de votre présence et d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour votre implication et votre investissement au sein du DES de Médecine Générale et des étudiants. Soyez assuré de ma profonde estime et de ma sincère gratitude
- **Assesneur** : Professeur BENOIT Michel. Merci de votre présence et d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.
- **Assesneur** : Professeur FOURNIER-MEHOUAS Manuella. Merci d'avoir accepté de faire partie du jury. J'espère que mon travail parlera à une spécialiste de la rééducation physique. Soyez assurée de mon respect et de ma reconnaissance.
- **Directrice de thèse** : Docteur DADOUN Monique. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse en ma compagnie. Merci pour ton aide, tes précieux conseils et ton implication. Je t'en suis reconnaissant. Merci pour la confiance que tu me portes, elle est réciproque.

A ma chérie

Merci pour ta patience, ton soutien indéfectible, tes encouragements.

Ma mère

Les mots sont vains. Sans ton action et tes choix, j'aurais pu mal tourner, mais je suis devenu docteur à la place. C'est mieux, non ?

Mon père

Merci de m'avoir inculqué certaines valeurs

Mes Amis

- **Damien** : Merci pour tes conseils pratiques, tes encouragements. Ton aide m'a été précieuse.

- **Thibault Humbert** : Merci pour tes encouragements, ton énergie débordante, tu m'as donné la motivation lorsque j'étais au bout du rouleau.

- **Marco, Bastien, Alex** : J'en place une aussi pour vous les collègues ! A très vite sur le terrain.

- **Claire HK** : Merci beaucoup pour ton aide sur l'analyse statistique !

- **Thibault Royon** : J'espère qu'on se reverra plus souvent très bientôt. Il faut qu'on s'organise des vacances ensemble!

- **Thomas Pietri** : A ton tour, il va falloir t'y mettre !

- **Adrien Cotta** : Viens donc travailler dans le Var, c'est mieux, tonton.

- **Julien Pascal** : Pareil ! La dernière fois qu'on s'est vu, je n'étais pas vraiment disponible, il faut que je me rattrape la prochaine fois.

- **Claudau, Julie, Guéno, Soso** : Merci pour ce que vous êtes.

- **Anouchka** : Merci pour ton aide, sans toi mes statistiques ne seraient qu'un amas de chiffre sans signification.

- **L'équipe de la Chenevière** : En particulier, merci à l'équipe de kiné, les infirmières, Anne-Laurence la psychologue, Déborah au secrétariat, et tous ceux de bonne volonté qui relèvent les défis organisationnels quotidiens.

- **Le DERMG** : Merci au département pour tenter de structurer une transmission du savoir médical.

I. INTRODUCTION

Etre victime d'un syndrome coronarien aigu, se faire opérer d'une valve cardiaque, ou subir tout autre événement cardiologique aigu peut avoir un certain retentissement sur son bien-être psychologique. C'est le constat qui vient naturellement lorsqu'on côtoie des gens ayant vécu ce genre d'épreuve.

Au cours de mon stage au Centre de Réadaptation Cardio-vasculaire de La Chenevière, en multipliant les entretiens avec les patients sortant d'un événement cardiologique aigu et impromptu, je me suis aperçu d'une forte proportion de patients stressés et/ou déprimés. Peut-être parce qu'ils prennent conscience pour la première fois, à ce moment là et pour certains, de leur vulnérabilité par la découverte d'une maladie grave, aux conséquences potentiellement fatales. Pour d'autres, parce que cela implique un changement radical de mode de vie. J'étais alors persuadé d'un lien fort entre les affections cardiologiques de ces patients et leurs troubles psychologiques. J'ai alors décidé de creuser la question.

En débutant mes recherches bibliographiques, j'ai lu un nombre important d'études montrant un lien entre le syndrome dépressif et l'atteinte coronarienne, les deux entités étant des problèmes de santé publique majeurs. En revanche, il y avait moins de données concernant le syndrome anxieux et les opérés valvulaires. En tant que futur docteur en médecine générale, j'ai trouvé le sujet passionnant puisqu'il implique des pathologies fréquemment rencontrées en cabinet de ville, aux conséquences parfois dramatiques, et qu'il ouvre dans le même temps, un champ de connaissances peu connues, ce qui est intéressant dans l'optique d'amélioration des pratiques médicales.

J'ai donc souhaité réaliser un travail cohérent, en cherchant à sensibiliser les médecins généralistes et cardiologues sur ce thème, qui selon moi, n'était pas suffisamment pris en compte dans la prise en charge globale de ces patients.

II. PROBLEMATIQUE

A. Contexte épidémiologique

1. Epidémiologie des événements cardiologiques aigus fréquents

Considérons les trois motifs cardiaques initiaux les plus fréquemment rencontrés en rééducation cardiaque, que sont le syndrome coronarien aigu, la chirurgie valvulaire, et la décompensation cardiaque, tous les trois synonymes de gravité.

- L'infarctus du myocarde est une complication aiguë et grave lié principalement à l'athérosclérose. On estime que chaque année en France 100 000 personnes sont atteintes d'infarctus du myocarde, 7% décèdent dans le premier mois et au total 13% décèdent au cours de la première année.¹

C'est aussi la deuxième cause de mortalité chez l'homme (après les cancers) et première cause chez la femme. L'athérosclérose touche également tous les âges, du fait de l'augmentation des facteurs de risque bien connus que sont le tabagisme, l'obésité, la sédentarité.²

- La chirurgie cardiaque dite valvulaire, consistant à remplacer une valve cardiaque défailante, concernait en France, pour l'année 2012, 18856 patients, et 4% sont décédés des suites de l'intervention avant leur sortie de l'hôpital, selon un rapport de la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire datant de juin 2014.³
- En France, les décompensations aiguës liées à l'insuffisance cardiaque représentent en 2008, près de 150000 patients hospitalisés. Ce chiffre est en augmentation. 7,5% de ces patients sont décédés pendant leur hospitalisation, selon une étude publiée par l'INVS.⁴

2. Etat des lieux des troubles psychologiques en France

a. Le syndrome dépressif, enjeu de santé majeur

La prévalence de la dépression au sein de la population française varie entre 5 et 12 %, soit plus de 3 millions de personnes, selon les études et les outils utilisés.^{5 6}

Une enquête publiée par l'INPES datant de 2010 affine cette prévalence, observant que 7,5 % des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois. Elle est ramenée à 4.7% pour l'ensemble hommes et femmes entre 55 et 75ans.⁷

Il s'agit donc d'une affection psychiatrique majeure mais malheureusement globalement sous-diagnostiquée et sous-traitée, puisqu'on estime que seulement 25 % des patients dépressifs ont droit à un traitement adapté à leur pathologie⁸, alors que les autorités sanitaires dénoncent fréquemment la surconsommation de psychotropes.⁹

b. Les troubles anxieux, également bien présents

Bien qu'il existe une multitude de type d'anxiété différente en fonction de leur origine, les troubles anxieux sont tous caractérisés par une peur excessive, l'évitement, le stress et l'anxiété. Dans les pays développés, leur prévalence est estimée en 2009 selon l'OMS entre 16 et 29% au cours de la vie.¹⁰

La prévalence des troubles anxieux dans la population générale en France est estimée autour de 20%, dans la population générale, selon l'enquête SMPG de la DREES, datant de 2004.¹¹

D'après une étude multicentrique menée par 78 médecins français sur 7 759 consultations de patients âgés d'au moins 18 ans. Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), réalisé chez les patients consultant pour un motif d'ordre psychologique et ne répondant pas aux critères diagnostiques de dépression majeure, a permis d'identifier dans 4,5 % des cas un trouble adaptatif

avec anxiété (TAA), dans sa forme isolée et dans 9,2 % des cas un TAA associé à d'autres troubles psychiatriques. Les patients souffrant d'un TAA étaient majoritairement des femmes, des sujets jeunes, âgés de 42 ans en moyenne, et ayant une activité professionnelle. Le TAA semble donc toucher préférentiellement des sujets actifs. Les principaux événements de vie cités comme responsables du trouble sont, par ordre de fréquence, des difficultés liées au travail, puis la maladie personnelle ou celle d'un proche.¹²

3. Lien entre pathologie cardiaque et trouble psychologique

a. Le syndrome dépressif et l'infarctus du myocarde, un lien bien établi

▪ Dépression précédant un infarctus du myocarde

De nombreuses études ont examiné l'impact de la dépression chez les sujets initialement sains sur un plan cardiaque. De manière générale, la dépression y apparaissait comme un facteur de risque significatif de survenue d'évènement cardiaque majeur. Le risque de survenue d'un infarctus du myocarde était 8 fois plus important chez les patients dépressifs que chez les patients hospitalisés pour d'autres troubles psychiatriques, selon une étude menée sur 881 patients hospitalisés en psychiatrie.¹³

Des psychiatres américains ont réalisé une revue de la littérature récente évaluant l'impact de la dépression sur les maladies cardiovasculaires, et ont ainsi répertorié la plupart des études prospectives comparant dépression et pathologie coronarienne. Les résultats les plus probants concernent les sujets sains, indemnes de troubles cardiovasculaires au début du suivi. 24 études portent sur le suivi de sujets sains (sans pathologie cardiaque), avec des échantillons variant entre 730 à 9 563 individus et un suivi allant de 4 à 15 ans. 19 études prennent en compte les décès d'origine cardiaque ou les infarctus myocardiques. 10 études trouvent une association significative entre dépression et incidents cardiaques.¹⁴

Une autre revue de la littérature montre également que 9 études prouvent de manière significative que le syndrome dépressif augmente le risque de survenu d'une maladie coronarienne.¹⁵ Ils trouvent à travers les différentes études choisies un risque majoré de 64 % de développer un incident coronarien chez les dépressifs comparés aux non-dépressifs.

■ **Dépression après un infarctus du myocarde**

De nombreuses études ont été consacrées à l'étude de l'impact psychologique sur le risque de récurrence de syndrome coronarien aigu.

Une étude publiée dans « Lancet » en 1996 montre que l'existence d'un syndrome dépressif est aussi importante (voir plus!) que les paramètres cardiologiques en termes de mortalité totale (cardiovasculaire et autre) chez les patients porteurs d'une maladie des artères du cœur.¹⁶

Une équipe française du service de cardiologie de l'Hôpital Antoine Béchère a réalisé une étude qui montre un risque dépressif multiplié par 3 pour les personnes atteintes d'un accident coronarien, avec la mise en évidence d'une absence de différences entre les personnes ayant eu un infarctus et celles concernées par l'Angor sans constitution d'un infarctus.¹⁷

L'équipe du Professeur Consoli à l'hôpital Georges Pompidou à Paris observe des épisodes dépressifs majeurs chez un tiers des patients dans les semaines qui suivent l'accident cardiaque avec 50% des patients déprimés qui le resteront toujours lors d'une évaluation un an plus tard.¹⁸

Au Québec, une étude datant de 2000 a permis de montrer que les patients porteurs d'une coronaropathie et qui ont un syndrome dépressif présente un risque de mortalité et de morbidité cardiovasculaire plus importante par rapport aux patients qui n'ont pas de syndrome dépressif. De plus, ces résultats sont proportionnels à l'intensité du syndrome dépressif. Ainsi, la morbi-mortalité cardiovasculaire est de 5% à 5 ans pour des patients ayant une maladie des artères coronaires et un

syndrome dépressif de faible intensité, alors qu'elle est de 25% pour les patients présentant une dépression grave.¹⁹

L'étude multicentrique INTERHEART réalisée en 2004 dans 52 pays, démontre que les patients déprimés, comparativement aux patients non déprimés, sont plus à risque d'avoir un deuxième infarctus et de décéder d'un événement cardiovasculaire avec une persistance du risque délétère à long terme.²⁰

b. Le syndrome anxieux chez le coronarien

Toujours dans l'étude INTERHEART²¹, les résultats montrent une prévalence significativement plus importante de stress global (au travail, domestique), de stress financier, d'événement majeur stressant lors de l'année écoulée chez les patients coronariens que chez les patients non coronariens. En effet, les patients stressés avaient globalement 1.48 fois plus de risque d'avoir un syndrome coronarien aigu dans l'année.

De plus, le syndrome anxieux est un facteur important associé aux récides des pathologies coronariennes, que ce soit dans les événements de la vie quotidienne, en cas de mauvaise intégration sociale ou encore de conditions de travail difficiles. La prise en charge du syndrome anxieux est un élément très important de la réadaptation et de la prévention secondaire.²²

Une enquête qualitative avec 44 entretiens semi-directifs auprès de patients interrogés à 48 heures, 1 semaine, 1 mois et 3 mois après leur hospitalisation en soins cardiologiques aigus, fait état de sensations de panique, peurs, sueurs et colère dont sont victimes les patients.²³

Une autre étude qualitative étudiant la même population évoque des sensations d'anxiété, de peur, de colère, avec des sentiments de désespoir, d'impuissance et d'inutilité.²⁴ Ces études corroborent l'existence d'une détresse psychologique en sortie d'hospitalisation de cardiologie.

c. Syndrome dépressif et chirurgie valvulaire

Même si on sait qu'un acte chirurgical a de manière générale, un retentissement psychologique sur les patients²⁵, les données de la littérature restent assez pauvres pour établir un lien bilatéral entre chirurgie valvulaire et anxiété ou dépression.

Ceci dit, une évaluation gériatrique datant de 2013 note une augmentation significative de la dépression chez les plus de 75ans, 3 mois après avoir bénéficié d'une implantation de valve aortique par voie percutanée.²⁶

d. Les autres associations

Une équipe espagnole a montré en 2006 que 48% des 210 patients atteints d'insuffisance cardiaque étaient dépressifs, l'âge et le grade NYHA élevés étant des facteurs prédisposant à la dépression, et conclue en proposant un dépistage systématique de la dépression chez les insuffisants cardiaques.²⁷

Une étude très intéressante publiée par le Dr Whang et ses collaborateurs en 2005 dans le « Journal of the American College of Cardiology » a permis de démontrer que les patients déprimés porteurs d'un défibrillateur automatique implantable mis en place pour la survenue d'arythmies cardiaques graves dans un contexte de coronaropathie, recevaient significativement plus de chocs électriques appropriés par rapport aux sujets n'étant pas déprimés. Ceci signifie que les patients déprimés ont présenté plus d'arythmies graves que les patients non déprimés.²⁸

B. L'enjeu du dépistage des troubles psychiques

Plusieurs analyses montrent que les troubles psychiques, dépression et troubles anxieux en tête, sont mal dépistés, sous évalués, et donc mal traités.

Une note publiée par la HAS en 2013 donne pour objectif de « mieux reconnaître et évaluer les situations de handicap d'origine psychique. »²⁹

En voici les raisons principales :

- la dépression est mal détectée : un patient sur sept seulement serait détecté en prévention primaire sur une durée de 3 ans,³⁰
- la dépression est détectée avec un retard de plusieurs années,³¹
- il existe une réelle difficulté d'accès aux services et aux avis spécialisés.³²

Une étude effectuée en 2009 sur 1151 patients en France a montré que, d'après leurs réponses au Patient Health Questionnaire (PHQ), 14,9 % des patients remplissaient les critères DSM-IV de troubles dépressifs majeurs ou de troubles anxieux, dont 66,3 % étaient détectés comme ayant un trouble psychiatrique par le médecin généraliste. Cela signifie qu'un tiers des patients présentant des troubles anxieux ou dépressifs ne sont pas diagnostiqués spontanément par le médecin généraliste.³³

Une équipe américaine fait le même constat concernant cette fois les patients atteints d'infarctus du myocarde, concluant que, concernant la dépression, les patients coronariens sont mal diagnostiqués et peu traités.³⁴

C. Le parcours de soin après un événement cardiologique aigu

1. Le centre de réadaptation cardiovasculaire

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la réadaptation cardiaque est « l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie cardiovasculaire ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, **mentale** et sociale possible afin qu'ils puissent par leurs propres efforts préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté ».³⁵

Si le reconditionnement physique après un événement cardiologique aigu, en particulier après une angioplastie coronarienne, une chirurgie cardiaque ou la découverte d'une insuffisance cardiaque, semble bien codifié³⁶, la prise en charge psychologique semble l'être un peu moins.

Pourtant, la communauté cardiologique s'accorde à dire que les patients coronariens nécessitent la prise en charge des facteurs psychologiques en prévention secondaire, comme le précisent les recommandations de la société française de cardiologie en 2001.³⁷

Déjà en 2000 en Angleterre, le ministère de la santé anglais « Department of Health » recommandait le développement de programmes de réhabilitation du patient en post infarctus assurant la prise en compte individuelle des besoins psychologiques du patient pour faire face à l'infarctus.³⁸ Il faut attendre 2009 pour que la Société Européenne de Cardiologie s'aligne sur ces recommandations.³⁹

A l'issue de l'hospitalisation de phase aigue, le patient peut se voir proposer un séjour en centre de rééducation cardiovasculaire, soit au cours d'une hospitalisation conventionnelle durant

environ **3 à 4 semaines**, soit sur un mode ambulatoire pour une vingtaine de séances habituellement (hôpital de jour).

La réadaptation cardiovasculaire s'articule selon **trois axes**⁴⁰ :

- Le réentraînement physique
- L'optimisation thérapeutique
- L'éducation thérapeutique qui tient compte la dimension psychosociale, comprenant l'éducation nutritionnelle, l'aide au sevrage tabagique, l'éducation aux traitements médicamenteux.

La prise en charge psychologique s'annexe à cela de manière facultative, en fonction de l'évaluation clinique du médecin rééducateur, orientant alors le patient vers le psychologue du centre.

Le programme quotidien des patients du centre est très encadré :

- les activités sont planifiées et s'enchaînent tout au long de la journée,
- les activités physiques sont pratiquées en toute sécurité selon la stratification du risque du patient,
- les repas sont préparés de façon équilibrée et diététique pour la prévention du risque vasculaire,
- ils bénéficient pour certains d'un suivi psychologique à la demande de l'équipe soignante.

Au moment du retour à leur domicile, ces patients devront retrouver de nouvelles habitudes de vie compatibles avec le contrôle du risque vasculaire dans leur milieu de vie habituel.

La question de la reprise d'activité professionnelle, compatible ou non avec leur pathologie cardiaque est aussi importante. Dans ce cas-là, les patients sont donc confrontés à une réorganisation de leur vie avec le seul soutien de leur famille, de leur médecin traitant, ou de leur cardiologue attitré.

2. Le retour à domicile d'emblée

Selon une enquête de l'InVs réalisée en 2011, on estime que seulement 22% des patients sont hospitalisés pour une rééducation cardiaque dans les suites d'un syndrome coronarien aigu, ce pour diverses raisons que nous ne détaillerons pas.⁴¹ Ce qui veut dire que plus de 3 patients sur 4 rentrent à domicile, confiant la suite de la prise en charge à son médecin généraliste et à son cardiologue. Le circuit « de ville » est donc bien plus sollicité dans les suites d'un événement cardiaque aigu, que le circuit hospitalier.

Evidemment, le médecin généraliste a un rôle majeur dans la prise en charge des troubles psychologiques chez ces patients, notamment en ce qui concerne leur dépistage. Nous y reviendrons plus loin.

D. La place du médecin généraliste

1. Démographie médicale

Rappelons ici que le nombre et la densité de médecins généralistes installés sur le territoire sont bien plus importants que ceux des spécialistes.

Selon un atlas démographique de 2015, regroupant les données statistiques de la DREES⁴² :

- la France compte au total 89788 Médecins Généralistes (MG) avec une densité de 133 pour 100 000 habitants. Par comparaison, on dénombre 6119 cardiologues avec une densité de 9.1 cardiologues pour 100 000 habitants, et 12570 psychiatres avec une densité de 18.7 psychiatres pour 100 000 habitants.

- Dans la région Provence-Alpes-Côte-d’Azur (PACA) : 7939 MG sont recensés avec une densité de 154.7 pour 100 000 habitants. 627 cardiologues étaient en exercice, la densité de cardiologues était de 12.5 pour 100 000 habitants, elle était supérieure de plus de 25% par rapport à la moyenne Française. 1161 psychiatres étaient en exercice, dont 637 en exercice libéral, la densité de psychiatre était de 23.2 pour 100 000 habitants.

2. La réforme du parcours de soins

La loi du 13 août 2004 a défini la réforme du parcours de soins coordonné, le médecin généraliste devient le 1er recours et tout assuré social de plus de 16 ans doit déclarer un médecin traitant.

C’est donc le médecin généraliste qui oriente le patient vers le psychiatre ou le cardiologue s’il le juge nécessaire.

L’accès direct aux spécialistes est toujours possible pour les patients mais en contre-parti ils sont soumis à une diminution du remboursement des consultations par la Sécurité Sociale.⁴³

Un rapport édité par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de 2006 montrait qu'entre 2004 et 2006 la proportion des consultations en accès direct des spécialistes a diminué de 30% environ.⁴⁴

3. **Le MG : atout dans le dépistage des maladies psychiques**

Le médecin généraliste est au centre du dépistage du syndrome dépressif, comme le montre l'enquête ANADEP de 2005, au cours de laquelle les personnes victimes de dépression disent avoir eu recours en première intention à leurs médecins généralistes dans 54,6 % des cas, loin devant les psychiatres (30,6 % des cas) et les psychologues (18,4 % des cas).⁴⁵

Un article paru plus récemment décrit bien ces proportions, disant que plus de 60% des patients déprimés consultent leur médecin généraliste, contre 10% leur psychiatre, 13% un autre médecin spécialiste, et 7% leur psychologue⁴⁶ ; tout en soulignant bien le fait que les troubles psychiques représentent au moins 15% des motifs de consultation en médecine générale.

Une autre enquête auprès d'un panel de 2 114 médecins généralistes fait apparaître que, chaque semaine, la grande majorité des médecins généralistes sont confrontés à des patients présentant un état dépressif (67 %) ou des troubles anxieux (82%).⁴⁷

D'autre part, en 1982, dans une étude concernant 1049 patients, la Société française de médecine générale (SFMG) retrouvait au 2e rang des diagnostics en consultation, dans 17 % des cas, le diagnostic de névrose après celui d'hypertension artérielle, puis celui de trouble d'adaptation (15 %) ; de troubles fonctionnels (6 %), toxicomanie (5 %), spasmophilie (3 %) et psychose (2 %).⁴⁸

Que ça soit en prévention primaire ou secondaire, le médecin généraliste semble avoir une place centrale dans le dépistage des syndromes dépressif et anxieux. Le dépistage de ces troubles psychiques représente des objectifs de santé publique, tant ils sont fréquents, et ce d'autant plus

qu'ils sont des facteurs de risque de co-morbidité importants dans la pathologie coronarienne, et plus généralement, dans la pathologie cardiaque.

E. Objectifs de l'étude

Les proportions de patients dépressifs ou anxieux parmi les patients ayant vécu un événement cardiologique aigu semblent importantes et il apparaît intéressant de les quantifier pour en mesurer l'enjeu, à l'aide d'un outil fiable et utilisable en cabinet de ville, permettant ainsi de sensibiliser les professionnels de santé concernés, médecins généralistes en tête.

Le but principal de l'étude est de décrire les prévalences des syndromes anxieux et dépressifs dans le mois suivant un événement cardiologique aigu, puis à 3 mois.

Les objectifs secondaires sont :

- de comparer l'évolution de ces prévalences dans l'échantillon principal et entre les sous groupes,
- de déterminer un profil de patients à risque de développer une maladie anxio-dépressive,
- de sensibiliser les intervenants sur le dépistage et de proposer un outil simple pour sa réalisation.

III. MATERIELS ET METHODES

A. Recherches bibliographiques

Pour effectuer la bibliographie, plusieurs moteurs de recherche sur internet ont été utilisés : Google, Google Scholar, Pubmed, Espace Numérique de Travail de l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

Les mots clés entrés et associés étaient : syndrome dépressif, dépression, syndrome anxieux, troubles psychologiques, réadaptation cardiaque, dépistage, prévention primaire, syndrome coronarien aigu, infarctus du myocarde, chirurgie cardiaque, décompensation cardiaque aiguë, médecine générale.

Certains ouvrages disponibles à la bibliothèque universitaire ont été consultés grâce au service de prêt pour les étudiants inscrits à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

La sélection de la bibliographie a été effectuée par lecture systématique du titre et du résumé des ouvrages retrouvés.

B. Type d'étude et population

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale, descriptive et analytique, réalisée entre le 15 juillet 2015 et le 27 novembre 2015, sur 175 patients entrant consécutivement au Centre de Rééducation Cardiovasculaire de La Chenevière à Saint-Raphaël dans le Var (83), qui est un centre de référence pour la réadaptation cardiaque des patients de la région PACA. Le Docteur Dadoun, médecin cardiologue coordinatrice du centre, sensible aux problématiques psychologiques des patients, a accepté d'apporter son concours à cette étude.

Les critères d'inclusion étaient d'avoir subi un évènement cardiologique aigu dans les 30 jours précédant l'arrivée au centre.

Les critères d'exclusion étaient la mauvaise compréhension du français, les troubles cognitifs, la malvoyance.

La population totale a été répartie en **4 échantillons** en fonction du type d'évènement cardiologique aigu subi :

- les patients ayant eu un évènement coronarien traité par angioplastie ou par pontage coronarien ont été classés dans le groupe «**coronariens**»,
- les patients ayant été opérés d'un remplacement valvulaire mitral, aortique ou tricuspide par sternotomie ou par TAVI ont été classés dans le groupe «**valvulaires**»,
- les patients ayant été hospitalisé pour une décompensation cardiaque aigue, ont été classés dans le groupe «**insuffisants cardiaques**»,
- les patients ayant présenté un autre motif d'hospitalisation aigu ont été classés dans le groupe «**autres**», la plupart d'entre eux ont bénéficié de la pose d'un stimulateur cardiaque pour trouble conducteur sévère ou après une ablation de flutter ou de fibrillation auriculaire.

C. Choix de l'outil

Nous avons recherché un moyen simple, quantitatif, et fiable pour mesurer le syndrome dépressif ou anxieux. L'autoquestionnaire HAD est apparu comme le meilleur choix, en terme de faisabilité, de reproductibilité, de capacité d'exploration, comparé à d'autres questionnaires comme celui de Hamilton, de Beck, le Mini, et ce pour plusieurs raisons :

- Rapidité de réalisation par le faible nombre de questions.
- Autoquestionnaire.

- Lisibilité et clarté des questions.
- Dépistage des troubles de l'humeur et des troubles anxieux.
- Items associés à l'anxiété bien distincts de ceux associés à la dépression.
- Questionnaire utilisé dans d'autres études de la littérature sur la rééducation cardiaque.⁴⁹
- Questionnaire ayant déjà été utilisé dans le dépistage de l'anxiété ou de la dépression en médecine générale.^{50 51}

En effet, l'échelle HAD (pour Hospital and Depression Scale) développée par Zigmond et Snaith permet de dépister l'anxiété (sous-score HAD-A) et la dépression (sous-score HAD-D). Ce test permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité.⁵²

Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (**score A**) et sept autres à la dimension dépressive (**score D**), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Le seuil de **8** est utilisé pour chaque sous score, définissant le syndrome anxieux ou dépressif avec une sensibilité respectivement de 82% et 70% et une spécificité de 94% et 68%, selon l'équipe de Barczack.⁵³ Les différents niveaux de dépression correspondent à légère (score 8–10), modérée (11–14) et sévère (15 et plus), et ces mêmes seuils sont utilisés pour évaluer l'anxiété.

D. Recueil de données

Il a été décidé de distribuer le questionnaire HAD d'autoévaluation de l'anxiété-dépression à chacun de ces patients, après information et recueil de leur consentement, au premier jour de leur arrivée au centre de rééducation, indépendamment de leur âge, du sexe et du motif d'entrée. Ce questionnaire était distribué par certaines infirmières du centre, préalablement formées à sa réalisation, qui y notifiaient au dos le nom du patient.

Les patients avaient pour consigne d'entourer une seule réponse par question, correspondant à leur état d'esprit du moment.

Le questionnaire était ensuite recueilli les jours suivants par mes soins, je m'assurais que le délai entre le jour de sa réalisation et le jour de l'évènement aigu n'excédait pas trente jours, sans quoi le questionnaire était détruit. Il calculait les scores et recueillait dans le dossier médical, certaines données utiles à l'étude.

Trois mois après la date de l'évènement cardiologique aigu, j'ai recalculé les scores après entretiens téléphoniques avec les patients retournés à leur domicile, en reposant exactement les mêmes questions/réponses du questionnaire HAD. Ce mode opératoire a été choisi pour des raisons pratiques.

Les différentes données ont été recueillies dans un tableur informatisé accessible uniquement par moi via un mot de passe. Elles regroupaient le nom des patients, les coordonnées téléphoniques, les scores du questionnaire, l'âge, le sexe, le motif principal d'hospitalisation, le suivi éventuel pour un sevrage tabagique, le traitement initial par anti dépresseur ou anxiolytique.

Le protocole a été validé par la commission d'éthique du centre de la Chênevière.

E. Analyses statistiques

Les associations entre les variables catégorielles ont été testées par le test du Chi-2. Les associations entre les scores d'anxiété, de dépression et les événements cardiologiques ont été testées par le test de Wilcoxon et le test de Student. Les valeurs de p strictement inférieures à 0.05 ont été considérées comme significatives. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel STATA.

IV. RESULTATS^{*1}

A. Description générale de l'échantillon

Au total, 175 patients ont été inclus, 137 (78%) résultats étaient exploitables in fine, 23 patients n'ayant pas pu être joints par téléphone à trois mois, 11 patients n'avaient pas clairement répondu à toutes les questions, 4 patients ne comprenaient pas bien le français, ou avaient des troubles cognitifs empêchant la réalisation du questionnaire.

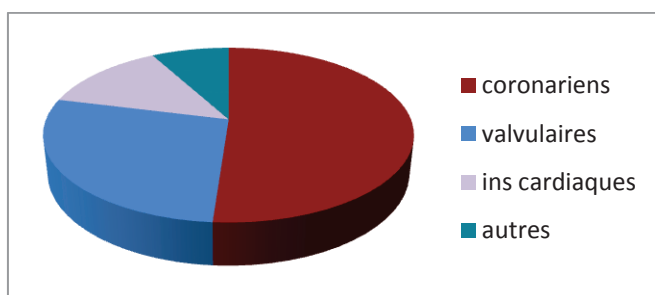
1) Répartition en fonction de la pathologie aigue

Sur les 137 patients de l'échantillon, 82 (59.9%) étaient des hommes, 55 (40.1%) étaient des femmes. 70 patients ont été classés parmi les coronariens, 38 parmi les opérés valvulaires, 18 parmi les insuffisants cardiaques, 11 parmi les autres motifs. La répartition en nombre dans chaque groupe est indiquée dans le tableau 1, et illustrée par les figures 1 et 2.

Tableau 1 – Répartition des effectifs de la population

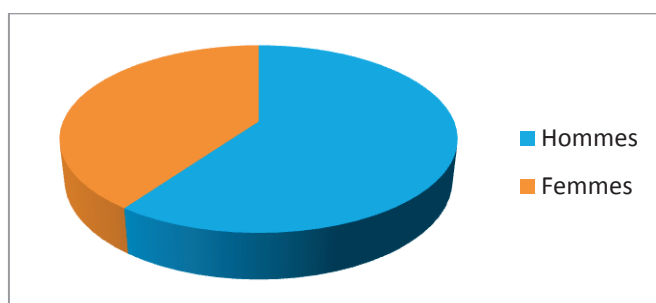
	Hommes	Femmes	Total	%
Coronariens	49	21	70	51,1
Valvulaires	18	20	38	27.7
Insuffisants cardiaque	9	9	18	13.1
Autres	6	5	11	8.0
Total	82	55	137	100

Figure 1 - Proportion des motifs cardiologiques aigus dans l'échantillon



^{*1} L'ensemble des données brutes est laissé à disposition dans la rubrique « ANNEXES » par soucis de lisibilité.

Figure 2 – Répartition des sexes dans l'échantillon total



2) Age moyen et médian de l'échantillon

La moyenne d'âge est de 67.25 (+/- 13.9) ans, dans l'échantillon total, de 62.7ans chez les hommes, et de 74.1ans chez les femmes. Ces résultats sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 – Age moyen de la population étudiée

Age moyen (ans)	Hommes	Femmes	Total
coronariens	59.3	70.1	62.5
valvulaires	68.1	75.3	71.9
insuffisants cardiaques	62.2	78.7	70.4
autres	74.8	77.2	75.9
total	62.7	74.1	67.2

L'âge médian est de 69ans dans l'échantillon total, de 61.5ans chez les hommes, et de 76ans chez les femmes. Ces résultats sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 – Age médian de la population étudiée

Age médian (ans)	Hommes	Femmes	Total
coronariens	72.0	71.0	72.0
valvulaires	68.1	75.3	71.9
insuffisants cardiaques	62.2	78.7	70.4
autres	81.0	79.0	79.0
total	61.5	76.0	69

3) Données annexes

27 patients déclaraient être en cours de sevrage tabagique au début de l'étude (19,7 %).

19 patients avaient un traitement antidépresseur ou anxiolytique (13,9 %).

B. Prévalences observées dans l'échantillon

1. Prévalence des patients anxieux et dépressifs à court terme

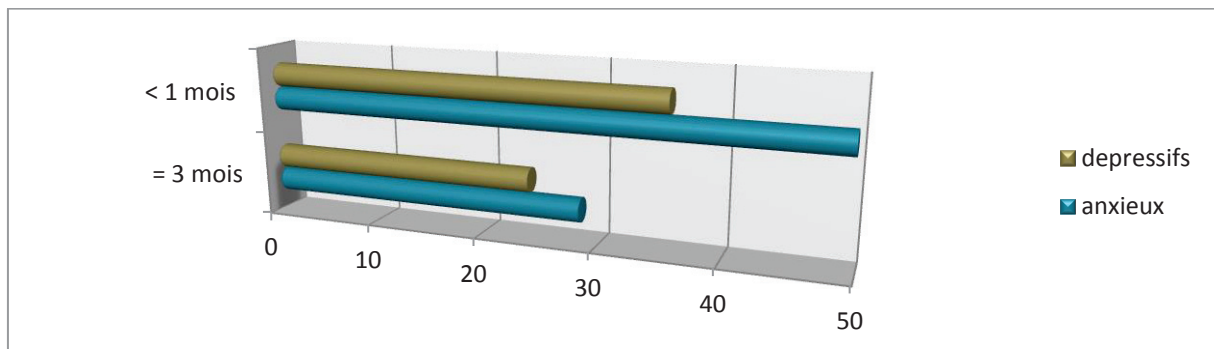
A court terme, c'est-à-dire dans le mois suivant l'événement cardiologique aigu, 68 patients étaient classés « anxieux initiaux » et avaient un score A supérieur ou égal à 8, soit 49% de syndrome anxieux. 37 patients étaient classés « dépressifs initiaux » et avaient un score D supérieur ou égal à 8, soit 35% de syndrome dépressif.

2. Prévalence des patients anxieux et dépressifs à moyen terme

A moyen terme, c'est-à-dire à trois mois de l'événement cardiologique aigu, 39 patients étaient classés « anxieux finaux » et avaient un score A supérieur ou égal à 8, soit 27% de syndrome anxieux, 33 patients étaient classés « dépressifs finaux » et avaient un score D supérieur ou égal à 8, soit 24% de syndrome dépressif.

Ces proportions sont illustrées dans la figure 3.

Figure 3 - Proportion des patients anxieux et dépressifs dans l'échantillon total (%)



Entre le court et le moyen terme, la proportion d'anxieux passe de 49% à 27% et celle des dépressifs passe de 35% à 24%.

3. Sévérité de l'atteinte anxieuse

Concernant la sévérité de l'atteinte anxieuse, initialement 19.7 % des patients de l'échantillon total étaient atteint d'anxiété légère, 20.4% d'anxiété modérée, 9.4% d'anxiété sévère. Ces chiffres passent respectivement de 12.4%, 12.4% et 4.2% à 3 mois.

4. Sévérité de l'atteinte dépressive

Concernant la sévérité de l'état dépressif, initialement 18.2% présentaient une symptomatologie dépressive légère, 13.1% une dépression modérée, et 4.5% un état dépressif sévère. Ces chiffres passent respectivement de 12.4%, 10.2% et 1.5% à 3 mois. Les résultats précédents sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 – Prévalences d'anxiété et de dépression dans l'échantillon total à 1 mois et 3 mois

	Anxiété légère (N) %	Anxiété modérée (N) %	Anxiété sévère (N) %	Total anxieux (N) %
< 1 mois	(27) 19.7	(28) 20.4	(13) 9.4	(68) 49.6
= 3 mois	(17) 12.4	(17) 12.4	(5) 4.2	(39) 28.5
	Dépression légère (N) %	Dépression modérée (N) %	Dépression sévère (N) %	Total dépressif (N) %
< 1 mois	(25) 18.2	(18) 13.1	(6) 4.5	(49) 35.8
= 3 mois	(17) 12.4	(14) 10.2	(2) 1.5	(33) 24.1

C. Prévalences observées dans les sous groupes

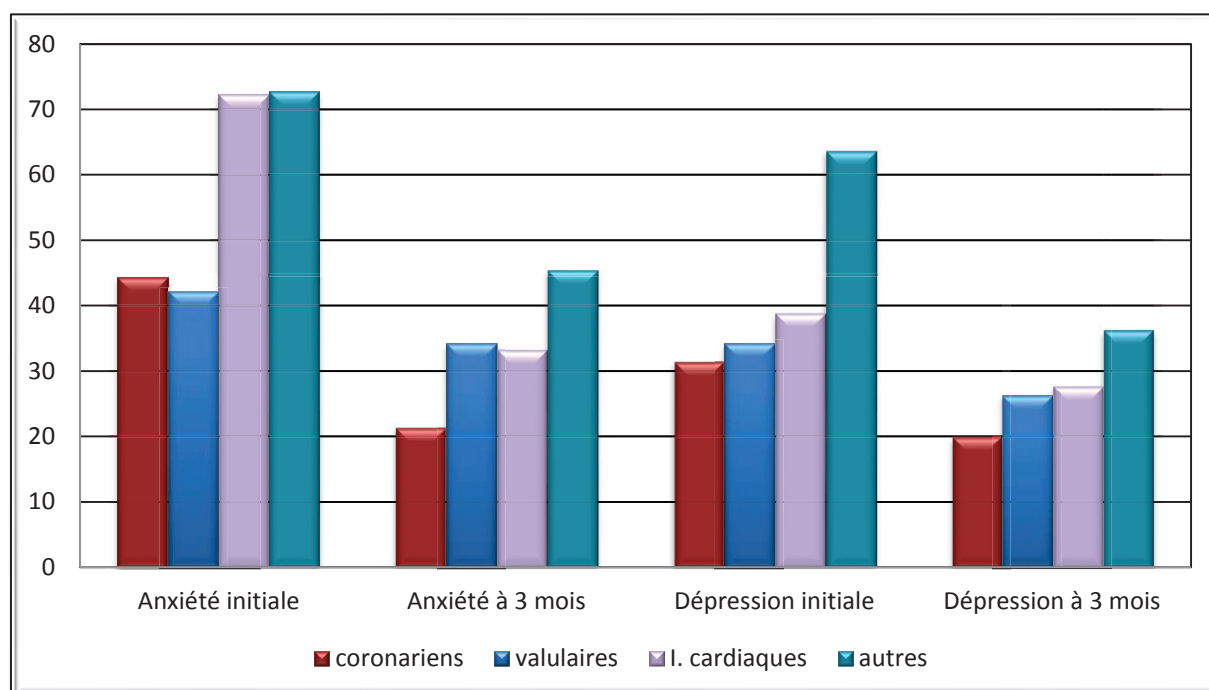
- On constatait 31 cas d'anxiété initialement chez les coronariens, soit 44.3% d'entre eux, puis 15 cas à 3 mois de l'infarctus, soit 21.4% d'entre eux. Les coronariens déprimés à court terme représentaient 31.4% (22 cas), et 20.0% à moyen terme (14 cas).
- Chez les valvulaires, on constatait 16 cas d'anxiété initiale, soit 42.1%, puis 13 cas à 3 mois, soit 34.2%. Les symptômes dépressifs étaient présents chez 34.2% d'entre eux initialement et 26.3% à 3 mois.
- Les insuffisants cardiaques étaient touchés pour 72.2% d'entre eux par l'anxiété à leur arrivée dans le centre, se réduisant à 33.3% à 3 mois. 38.9% étaient déprimés initialement et 27.8% étaient déprimés à 3 mois.
- Chez les autres, 72.7% d'entre eux étaient anxieux initialement, puis 45.5% à 3 mois, 63.6% étaient déprimés initialement et 36.4% étaient déprimés à 3 mois.

Les prévalences de l'anxiété et de la dépression en fonction des sous-groupes, indépendamment du sexe masculin-féminin, sont présentées dans le tableau 5 et illustrées par la figure 4.

Tableau 5 - Nombre et proportion d'anxieux et de dépressifs dans les sous-groupes

	Coronariens (N) %	Valvulaires (N) %	IC (N) %	Autres (N) %
Anxieux initiaux	(31) 44.3	(16) 42.1	(13) 72.2	(8) 72.7
Anxieux à 3 mois	(15) 21.4	(13) 34.2	(6) 33.3	(5) 45.5
Dépressifs initiaux	(22) 31.4	(13) 34.2	(7) 38.9	(7) 63.6
Dépressifs à 3 mois	(14) 20.0	(10) 26.3	(5) 27.8	(4) 36.4

Figure 4 - Proportions d'anxiété et de dépression dans les différents groupes (%)



D. Prévalences observées dans les sous groupes en fonction du sexe

▪ Chez les hommes

Les prévalences de l'anxiété et de la dépression chez les hommes en fonction des sous groupes sont présentées dans le tableau 6.

Tableau 6 - Nombre d'hommes anxieux et dépressifs en fonction des groupes

	Coronariens	Valvulaires	IC	Autres
Anxieux initiaux	22	9	6	4
Anxieux finaux	11	8	3	2
Dépressifs initiaux	14	7	3	4
Dépressifs finaux	11	6	4	3

- On constatait 22 cas d'anxiété initialement chez les hommes coronariens, soit 44% d'entre eux, puis 11 cas à 3 mois de l'infarctus, soit 22% d'entre eux. 28% (14 cas) étaient déprimés initialement, et 22% à moyen terme (11 cas).
- Chez les hommes valvulaires, on constatait 9 cas d'anxiété initiale, soit 50%, puis 8 cas à 3 mois, soit 44%. Les symptômes dépressifs étaient présents chez 38% d'entre eux initialement et 33% à 3 mois.
- Six hommes parmi les insuffisants cardiaques étaient touchés par l'anxiété à leur arrivée dans le centre, soit 66% d'entre eux, se réduisant à 33% à 3 mois. 33% étaient déprimés initialement et 44% étaient déprimés à 3 mois.
- Parmi les autres motifs d'hospitalisation, 4 hommes étaient anxieux et déprimés initialement, deux étaient anxieux à 3 mois, et trois étaient déprimés à 3 mois.

▪ Chez les femmes

Les prévalences de l'anxiété et de la dépression en fonction des sous groupes sont présentées dans le tableau 7.

Tableau 7 - Nombre de femmes anxieuses et de dépressives en fonction des groupes

	Coronariens	Valvulaires	IC	Autres
Anxieux initiaux	9	7	7	4
Anxieux finaux	4	5	3	3
Dépressifs initiaux	8	6	4	3
Dépressifs finaux	3	4	1	1

- On constatait 9 cas d'anxiété initialement chez les femmes coronariennes, soit 42% d'entre elles, puis 4 cas à 3 mois de l'infarctus, soit 19% d'entre elles. 38% (8 cas) étaient déprimées initialement, et 14% à moyen terme (3 cas).
- Chez les femmes valvulaires, on constatait 7 cas d'anxiété initiale, soit 35%, puis 5 cas à 3 mois, soit 25%. Les symptômes dépressifs étaient présents chez 30% d'entre elles initialement et 20% à 3 mois.
- Sept femmes parmi les insuffisants cardiaques étaient touchées par l'anxiété à leur arrivée dans le centre, soit 77% d'entre elles, se réduisant à 33% à 3 mois. 44% étaient déprimées initialement et 11% étaient déprimées à 3 mois.
- Parmi les autres motifs d'hospitalisation, 4 femmes étaient anxieuses initialement, trois étaient anxieuses à 3 mois, et trois étaient déprimées initialement, et une était déprimée à 3 mois.

E. Scores médians A et D

Les scores médians, avec leur intervalle, A pour anxiété et D pour dépression correspondant à l'échelle HAD, des différents groupes, avant 1 mois et à 3 mois de l'événement cardiologique aigu, sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 – Scores médians A et D des différents groupes – Médiane [IQ]

	Coronariens	Valvulaires	Ins. cardiaques	Autres	Ech. total
Score A < 1 mois	7 [4,3-10]	7 [5-11]	11 [5,8-12,8]	10 [6-14]	7 [5-11]
Score A à 3 mois	4,5 [2-7]	5 [3,3-8,8]	6 [5-10]	7 [5-11]	5 [3-8]
Score D < 1 mois	4,5 [2-8]	4,5 [2-8 ,8]	7 [5,3-8]	9 [5-12]	5 [2-9]
Score D à 3 mois	3 [1,3-6,8]	5 [3-8,5]	5 [4-7,5]	6 [4-9]	5 [2-7]

F. Associations significatives retrouvées

- Sur le nombre de cas dans le mois suivant l'évènement aigu :

Nous n'avons pas retrouvé d'association significative, c'est-à-dire qu'il n'y a pas plus de patients déprimés ou anxieux selon la pathologie dans le mois suivant l'évènement cardiologique aigu. Cependant, en regardant pour un même degré de sévérité d'anxiété, les coronariens anxieux sont significativement moins nombreux que les valvulaires et les insuffisants cardiaques ($p = 0.046$).

- Sur le nombre de cas à 3 mois de l'évènement aigu :

En comparant le groupe des coronariens et les non coronariens (valvulaires, insuffisants cardiaques et autres réunis), on note les associations suivantes :

- A 3 mois, le nombre de coronariens anxieux est significativement plus bas que les non coronariens anxieux ($p=0.0080$).
- Toujours à 3 mois, le nombre de coronariens déprimés est significativement plus bas que les non coronariens déprimés ($p = 0.0338$).

- Sur les scores A et D des cas dans le mois suivant l'évènement aigu :

Les coronariens avaient un score D de dépression significativement plus bas que les non coronariens ($p=0.0497$) : score D moyen de 5.32 pour les coronariens contre 6.56 pour les non coronariens.

- Sur les scores A et D des cas à 3 mois de l'évènement aigu :

Lorsqu'ils sont comparés entre eux, les patients coronariens ont des scores A d'anxiété à 3 mois significativement moins élevés par rapport aux patients non coronariens de l'échantillon. De la même façon, les coronariens ont des scores D de dépression à 3 mois significativement moins élevés que les patients non coronariens.

Tableau 9 – Comparaison des scores médians A et D entre les coronariens et les non coronariens – Médiane [IQ]

	coronariens	Non coronariens	Score p
Score d'anxiété à 3 mois	4,5 [2-7]	6 [4-10]	0.01515 (<0.05)
Score de dépression à 3 mois	3 [1,3-6,8]	5 [3-8]	0.0319 (<0.05)
Score total (A+D) à 3 mois	8 [5-13]	12 [7-17]	0.01081 (<0.05)

- Sur l'évolution des scores :

On note une amélioration significative du score A d'anxiété pour l'échantillon total entre le court et le moyen terme ($p = 0.0001$). La baisse du score D n'était pas significative en ce qui concerne l'échantillon total.

Chez les coronariens, les scores A et D baisse également de manière significative entre le court et le moyen terme ($p=0.0004$).

Chez les insuffisants cardiaques, on note également une baisse significative du score A ($p=0.0379$), mais non significative du score D.

Chez les valvulaires et les « autres patients », il n'y avait pas spécifiquement d'amélioration significative des scores.

- Sur les cas en fonction des différentes variables (autres que le motif) :

Il n'y avait pas d'association significative dans la prévalence de l'anxiété ou de la dépression avec l'âge, ni avec le sexe, malgré une différence d'âge significative entre les hommes et les femmes. Il n'y avait pas non plus d'association significative entre les patients déprimés, anxieux et le sevrage tabagique, ni le traitement par psychotropes à l'entrée dans l'établissement.

Remarque : Bien entendu, les mesures du score d'anxiété à 1 mois et celles du score à 3 mois sont associées ($p = 6.522e-10$). Les anxieux à 3 mois le sont aussi 2 mois avant. De même que les mesures de dépression à 1 mois sont associées aux mesures de dépression à 3 mois ($p = 0.004977$).

V. DISCUSSION

A. Résultats observés dans l'échantillon principal

Dans l'échantillon principal, qui comprend une moitié de patients coronariens, un quart de patients valvulaires, et un quart de patients insuffisants cardiaques ou ayant subi des troubles rythmiques sévères, les taux de prévalence observés sont très élevés comparés à ceux observés dans la population générale. En effet, que ça soit à court ou moyen terme, la prévalence de la dépression est au moins trois fois plus importante dans notre échantillon que dans la population générale. La prévalence de l'anxiété est au moins deux fois plus importante dans notre échantillon que dans la population générale.

1. Dans le mois suivant l'évènement cardiologique aigu

On peut considérer qu'à court terme, juste après un événement cardiologique aigu, un patient sur deux est anxieux, et un sur trois est dépressif. Si on ne s'intéresse qu'aux patients ayant une symptomatologie modérée à sévère, c'est-à-dire ayant des symptômes plus francs, ces proportions restent respectivement à un tiers d'anxieux et un sur six de dépressifs, ce qui reste élevé par rapport à la population générale.

2. Trois mois après l'évènement cardiologique aigu

A moyen terme, après un séjour en Centre de réadaptation cardiovasculaire, dans lequel les patients ont bénéficié d'un suivi rapproché, d'une adaptation thérapeutique, éventuellement d'un soutien psychologique, un quart de ces patients restent symptomatiques, que ce soit pour l'anxiété ou la dépression. Si on s'intéresse uniquement aux patients à symptomatologie modérée à sévère, un patient sur sept demeure anxieux et un patient sur neuf est dépressif.

Ces proportions interpellent et confirment que le syndrome anxio-dépressif est très présent après un évènement cardiologique aigu.

3. Evolution des prévalences

Sur l'échantillon total, on constate une baisse significative de la proportion d'anxieux, qui diminue de moitié, et, dans une moindre mesure, une baisse de la proportion de dépressifs qui diminue d'un bon tiers, et ce en quelques semaines, après un séjour en centre de rééducation cardiaque.

Malgré tout, ces proportions restent élevées à trois mois. Aussi, on peut penser que ces proportions sont encore plus importantes pour les patients n'ayant pas bénéficié de ce type de séjour, ce qui représente 80% des patients d'après les données épidémiologiques.

Ceci pourrait être confirmé par une étude complémentaire portant sur l'analyse des prévalences chez les patients ne bénéficiant pas de rééducation cardiaque en centre spécialisé.

B. Détermination du profil à risque

L'analyse effectuée en comparant les sous groupes nous suggère que les coronariens sont significativement moins déprimés que les non coronariens dans les suites immédiates de leur prise en charge aigue.

Ils s'en sortent globalement mieux que les autres patients à moyen terme, que ça soit sur la symptomatologie dépressive ou anxieuse. En effet, l'amélioration de leur score d'anxiété et de dépression est significative, ils sont moins nombreux à être anxieux ou dépressifs à 3 mois par rapport aux non coronariens, et il semble que, par l'analyse des scores, leur atteinte est moins sévère que les non coronariens.

Le fait que les coronariens soient mieux accompagnés sur le plan psychologique constitue une explication plausible à ce résultat. Cela implique qu'il faudrait revoir la prise en charge psychologique des patients opérés d'une valve cardiaque, et celle de tous les autres patients non coronariens, pour qui les programmes éducatifs sont moins développés.

Il semble aussi que les patients valvulaires et les autres patients de l'échantillon sont plus à risque de développer une maladie anxio-dépressive et de la conserver, par rapport aux patients coronariens.

Les insuffisants cardiaques, quant à eux, semblent devenir moins anxieux après une rééducation cardiaque.

Le sexe ne semble pas être un facteur prédisposant dans notre étude. Le fait d'arrêter le tabac, ou d'avoir un traitement psychotrope lors de l'hospitalisation ne constituent pas non plus un risque supplémentaire.

C. Comparaison par rapport à la littérature

De nombreuses études ont été consacrées à l'étude de l'impact psychologique d'un syndrome coronarien aigu, et moins fréquemment d'une autre atteinte cardiaque aiguë.

Une grande variété de méthodes d'évaluation de la dépression a ainsi été utilisée selon les différentes études, allant d'auto-questionnaires (le questionnaire de Beck étant le plus courant) à des évaluations psychiatriques complètes. De ce fait, la plupart des études parleront volontiers de symptomatologie dépressive (sur un plan quantitatif) plutôt que de trouble dépressif caractérisé (sur un plan qualitatif).

Généralement, après un infarctus du myocarde, on observe : une symptomatologie dépressive chez 15 à 45 % des patients, un trouble dépressif caractérisé chez 10 à 30 % des malades.

Ainsi, l'étude ENRICHD publiée dans JAMA en 2003 montre des niveaux de prévalence de dépression similaire à la notre, en utilisant, cette fois, un autre outil d'évaluation, le questionnaire Hamilton et Beck : 27% de dépression dont 20% d'état dépressif majeur, 6 mois après un infarctus du myocarde.⁵⁴

S'approchant plus de notre protocole, une étude menée sur les patients d'un centre de rééducation cardiaque de Toulouse a observé des niveaux de prévalence similaire à l'aide du même outil d'évaluation, avec des anxieux passant de 38% à 20% entre leur arrivée puis leur départ du centre, et des dépressifs passant de 30% à 19%. Les auteurs expliquaient par la même occasion que

l'amélioration de la santé physique contribuait à améliorer la santé mentale de manière significative.⁵⁵

La diminution des niveaux d'anxiété et de dépression après un séjour en rééducation cardiaque confirme les résultats d'une étude australienne, qui a mis en évidence la contribution non négligeable des programmes d'exercice physique dans la correction des réactions dépressives observées après un infarctus du myocarde.⁵⁶

Nos résultats confirment également les données d'une étude montrant l'impact bénéfique de la réadaptation cardiaque, incluant une réduction de la prévalence de l'anxiété de 61% chez les patients de moins de 55ans et de 32% chez les personnes âgées de plus de 70ans.^{57 58} Les mêmes auteurs ont expliqué que la réadaptation cardiaque exerce un effet modeste sur les traditionnels facteurs de risque, du fait de sa courte durée, mais elle permet de diminuer la prévalence de dépression sévère et modérée après le séjour, ce qui correspond à ce que nous avons observé dans notre étude.

Les résultats sur le degré de sévérité de l'anxiété et de la dépression montraient une majorité de symptomatologie légère à modérée après le passage en rééducation (toujours dans notre étude). Ces proportions sont similaires à celles observées dans l'étude de Toulouse.

On peut en conclure que non seulement la rééducation cardiaque semble avoir un impact positif sur la réduction du nombre d'anxieux et de dépressifs, mais aussi sur la sévérité des symptômes.

Comme nous avons tenté de le faire, certains auteurs se sont attachés à déterminer des profils de patients à risque de développer une dépression après un infarctus du myocarde.⁵⁹ Leurs résultats montraient que les antécédents de maladie anxio-dépressive, le sexe féminin et la durée d'hospitalisation étaient significativement liés au développement d'une symptomatologie dépressive

après un infarctus du myocarde, ce qui ne correspond pas avec ce que nous avons observé, malgré le fait que les échantillons sont un peu différents.

A notre connaissance, aucune autre étude n'a comparé la différence des prévalences entre les coronariens et les autres catégories de patients rencontrés au cours d'un séjour de rééducation cardiaque. Notre étude a permis de montrer que les patients non coronariens sont significativement plus anxieux et dépressifs que les coronariens, à trois mois de l'événement cardiologique aigu.

D. Limites de l'étude

Les auteurs de l'échelle HAD expliquent que la principale faiblesse de ce questionnaire est le biais d'information, qui réside sur la période sur laquelle porte l'évaluation. En effet, l'instruction donnée au patient de remplir le questionnaire dans le but d'estimer l'état affectif en milieu hospitalier, est susceptible de surestimer les scores, notamment le score A.

D'autre part, un effet Hawthorne n'est pas à négliger lors du recueil téléphonique des réponses à 3 mois. En effet, le fait de recueillir les réponses au téléphone avec le patient peut avoir un effet sur ses réponses.

Malgré un bon taux de réponses au questionnaire, les biais de sélection ne sont pas non plus exclus, pour les raisons suivantes : l'étude est mono-centrique ; le nombre de patients refusant initialement de participer à l'étude n'a pas été pris en compte, même si il était très faible ; nous avons eu quelques patients « perdus de vue », une fois retournés au domicile ; nous pouvons dire également que la différence de proportion homme-femme dans les groupes peut avoir un effet sur les résultats ; enfin, nous notons une forte disparité entre les âges moyen et médian des hommes et des femmes. Les femmes entre 40 et 60ans sont moins présentes que les hommes du même âge.

Concernant l'analyse des associations dans les sous groupes, les petits effectifs ont pu induire un manque de puissance et par conséquent l'absence de résultats significatifs. Des études complémentaires incluant un échantillon plus grand s'avèrent nécessaires afin déterminer plus précisément les profils à risque de développer un syndrome anxio-dépressif dans les suites d'un événement cardiologique aigu.

Enfin, même s'il apparaît évident que les patients inclus dans cette étude sont sensiblement plus anxieux ou dépressifs que dans la population générale, l'absence de données d'un groupe contrôle, avec le même âge médian et le même sex-ratio, ne nous permet pas de généraliser les résultats.

E. Perspectives

Nous savons que les troubles psychiques sont fréquents dans la population générale, y compris dans notre région : l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) montre un tiers des personnes de 18 ans et plus de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur aurait au moins un trouble de santé mentale. Les troubles anxieux sont les problèmes qui touchent le plus souvent les adultes de la région, avec une prévalence estimée à 21%, suivis des épisodes dépressifs caractérisés qui les concernent pour 10.5% d'entre eux.⁶⁰

Nous savons que ces troubles psychiques aggravent le pronostic des patients cardiaques,^{61 62} ou soumettent à un risque d'événement cardiaque plus important que les autres.^{63 64 65}

Nous savons aussi que dans la population générale, et plus particulièrement chez les patients cardiaques, l'anxiété ou la dépression est méconnue. Cette méconnaissance peut être liée à un double facteur : l'attitude du patient et l'attitude du médecin.

- Le médecin, généraliste ou cardiologue, peut croire qu'une maladie anxio-dépressive est normale au cours des maladies cardiovasculaires, il peut craindre d'être intrusif dans la vie psychique du

patient, être insuffisamment disponible pour un temps d'écoute auprès de celui-ci ou être peu sensibilisé à cette problématique et être mal à l'aise pour passer d'un examen clinique très technique à une évaluation médico-psychologique et relationnelle à la recherche de signes de dépression. Pire, il peut penser que ce n'est pas de son ressort, et ne s'occupe pas de cette problématique.⁶⁶

- De son côté, le patient peut être plus préoccupé par son « cœur » que par sa « baisse de moral » ou ses « angoisses », et donc de ce fait, occulter d'en parler à son médecin.

Il a été démontré qu'il existe un haut niveau d'affliction et d'anxiété après un infarctus du myocarde, et cela est dû en grande partie à un manque d'information.⁶⁷ Lorsque l'information est fournie, et cela de façon répétée, il y a amélioration de l'état psychique et de l'observance du traitement. Cette prise en charge globale doit être assurée de façon suivie et doit aussi impliquer la famille du patient. Elle doit débiter à l'hôpital et être poursuivie à la sortie, en relais par le médecin traitant.⁶⁸

Dans un tel contexte et grâce à ces résultats, nous espérons sensibiliser les médecins généralistes et les cardiologues sur la nécessité de dépister les troubles anxio-dépressifs chez des patients aux antécédents cardiaques ou à risque cardiaque important. Cela prend encore plus de sens lorsqu'on sait que la plupart de ces patients retourne au domicile sans passer par les centres de réadaptation cardiaque. En effet, en raison du lien aggravant que représentent ces troubles psychologiques sur les pathologies cardiaques, la prise en charge psychologique de ces patients est indispensable en prévention secondaire, au même titre que la prise en charge de l'hypertension artérielle, du diabète, de la dyslipidémie, du tabac.

Le questionnaire HAD est un outil intéressant dans le dépistage de la maladie anxio-dépressive en cabinet de ville, de par sa simplicité et sa rapidité de réalisation.

Enfin, nous suggérons d'être encore plus attentif à la sensibilité psychologique des patients opérés d'une valve cardiaque, de ceux ayant vécu une décompensation cardiaque aiguë, et de ceux ayant eu des troubles du rythme sévère impliquant la pose d'un stimulateur cardiaque, dans le cadre d'une prise en charge rééducative globale, médico-psychosociale.

VI. CONCLUSION

Cette étude transversale menée sur 173 patients ayant vécu un événement cardiologique aigu a montré des taux de prévalence élevés pour l'anxiété et la dépression, à court et moyen terme : La moitié des patients étaient anxieux dans le mois suivant l'événement cardiologique, un quart des patients le restaient à trois mois, ce qui constitue une amélioration significative. Concernant la symptomatologie dépressive, un tiers des patients étaient dépressifs dans le mois suivant l'événement cardiologique et un quart des patients le restaient à trois mois.

Même si l'évolution de ces prévalences est satisfaisante, on en déduit que le syndrome anxio-dépressif est encore très fréquent dans cette population à moyen terme, et qu'en raison de la baisse de la qualité de vie qu'il engendre et de la comorbidité qu'il induit dans les pathologies cardiaques, et coronariennes en particulier, il nous semble utile de sensibiliser les médecins généralistes et les cardiologues sur son dépistage. L'échelle HAD apparaît pour cela comme un outil simple, rapide et efficace, à utiliser en consultation.

Nous avons également tenté de déterminer un profil de patients à risque dans cette population, et il nous est apparu que les patients ayant vécu un syndrome coronarien aigu étaient moins touchés par les troubles anxio-dépressifs que les autres patients de l'échantillon.

Effectivement, les non coronariens sont significativement plus anxieux et déprimés à 3 mois par rapport aux coronariens. Autrement dit, les coronariens déprimés ou anxieux s'améliorent mieux que les autres patients de l'échantillon après leur séjour en rééducation cardiaque.

Nous avons également mis en relief que les insuffisants cardiaques anxieux s'amélioraient nettement à 3mois.

Il faut donc revoir notre prise en charge psychologique et mettre l'accent sur les patients qui sortent d'une chirurgie valvulaire, qui sont par ailleurs peu décrits dans la littérature à ce sujet, et sur les patients ayant présentés des troubles du rythme cardiaque sévères, qui semblent plus touchés par les troubles anxio-dépressifs à moyen terme.

En revanche, l'âge, le sexe, le sevrage tabagique et les traitements psychotropes ne semblaient pas être impliqué en tant que facteur de risque de développer un syndrome anxio-dépressif chez ces patients, mais l'absence de résultats statistiquement significatifs peut s'expliquer en partie par les faibles effectifs étudiés dans les sous groupes. Des études complémentaires s'avèrent donc nécessaires afin d'élucider les mécanismes mis en jeu dans cette découverte.

La forte prévalence et la méconnaissance du syndrome anxio-dépressif dans ce type de population, la présence d'outil de dépistage simple tel que l'échelle HAD et le positionnement du médecin généraliste dans le système de soin sont des éléments en faveur du dépistage systématique de la maladie anxio-dépressive pour les patients sortant de soins cardiologiques aigus.

Il serait intéressant de réaliser une étude comparative de plus grande ampleur pour confirmer les résultats observés.

VII. RESUME

Introduction : Le syndrome anxiodépressif est reconnu comme étant un facteur de risque cardiaque à part entière. Les patients ayant une atteinte cardiaque semblent plus à risque que la population générale d'en développer un. Pourtant, malgré leurs prévalences, ces maladies psychiques sont mal dépistées, et donc mal traitées, ce qui aggrave potentiellement le pronostic cardiaque des patients. Le but de cette étude était de dresser un état des lieux de la prévalence des syndromes anxieux et dépressifs après un événement cardiaque aigu, et si possible, de dresser le profil des patients les plus à risque pour faciliter le dépistage.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une enquête quantitative, transversale, sur 137 patients ayant intégré le centre de rééducation cardiovasculaire de la Chènevère immédiatement après leur événement aigu. L'évaluation a été faite à l'aide de l'échelle HAD à l'entrée du centre, puis à 3 mois de l'événement aigu, bien après le retour à domicile.

Les 137 patients ont été répartis en 4 groupes, les coronariens, les valvulaires, les insuffisants cardiaques et les autres.

L'échelle HAD est un outil simple et rapide, de type autoquestionnaire, déjà utilisé dans d'autres études, pour évaluer la présence d'un syndrome anxieux, ou dépressif, et permet d'en évaluer la sévérité.

L'analyse statistique a été faite en considérant les valeurs de p strictement inférieures à 0.05 comme étant significatives. Les associations entre les variables catégorielles ont été testées par le test de Chi-2. Les associations entre les scores d'anxiété, de dépression et les événements cardiologiques ont été testées par le test de Wilcoxon, et le test de Student.

Résultats : 49% des patients sont anxieux dans le mois qui suit l'événement cardiologique aigu, 27% l'est toujours à 3 mois, ce qui constitue une amélioration statistiquement significative. 35% sont dépressifs dans le mois qui suit l'événement cardiologique aigu, 24% l'est toujours à 3 mois. Lorsqu'ils sont comparés entre eux, les patients coronariens ont des scores d'anxiété et de dépression à 3 mois moins élevés par rapport aux patients non coronariens de l'échantillon. La baisse du nombre de coronariens et d'insuffisants cardiaques atteints d'anxiété était significative. La baisse du nombre de coronariens atteints de dépression était significative.

Discussion : Les taux de prévalence observés de l'anxiété et de la dépression sont respectivement 3 fois et 2 fois plus élevés que ceux de la population générale. Les patients valvulaires ou insuffisants cardiaques sont plus déprimés et anxieux à 3 mois de l'événement aigu que les coronariens. Nous espérons dans ce contexte sensibiliser les médecins généralistes (MG) et les cardiologues sur la nécessité de dépister, de manière simple et rapide, les troubles anxiodépressifs chez ces patients, dans le cadre préventif avant tout, ce d'autant plus que, le MG occupe un rôle essentiel dans le dépistage des maladies anxieuses et dépressives.

Mots clefs : syndrome anxieux, dépression, dépistage précoce, échelle HAD, prévention des maladies cardiovasculaires, événement cardiaque aigu, infarctus myocarde, chirurgie cardiaque.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire HAD tel qu'il a été distribué lors de l'étude.

Evaluation de l'anxiété et de la dépression HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)

Référence : Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983 ;67 :361-70

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : 3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais	(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : 3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais
(2-D) Je prends plaisir aux même choses qu'autrefois : 0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus	(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : 0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent
(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : 3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout	(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence : 3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé
(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses : 0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout	(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : 3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout
(5-A) Je me fais du souci : 3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement	(12-D) Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses : 0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais
(6-D) Je suis de bonne humeur : 3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps	(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique : 3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais
(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : 0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais	(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision : 0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement

SCORE (à remplir par le médecin)

Somme du sous score A (1+3+5+7+9+11+13)

Somme du sous score D (2+4+6+8+10+12+14)

Somme totale des deux sous scores

--

Annexe 2 – Données brutes de l'échantillon total

POPULATION TOTALE																						
	nombre		%	age moy	age median	TABAC		%	TRT PSY	%	Anxiété T0		%	Anxiété T3		%	Dépression T0		%	Dépression T3		%
total	137			67,2	69,0	26	19,0%		19	13,9%	68	49,6%		39	28,5%		49	35,8%		33	24,1%	
FEMME	55	40%		74,1	76,0	3	5,5%		9	16,4%	29	52,7%		18	32,7%		22	40,0%		11	20,0%	
HOMME	82	60%		62,7	61,5	23	28,0%		10	12,2%	39	47,6%		21	25,6%		27	32,9%		22	26,8%	
score moyen				67,2							7,9			5,9			5,9			5,1		
écart type				4.5							4.5			4.1			4.4			3.9		

		ANXIETE						DEPRESSION							
		total	FAIBLE		MODEREE		FORTE		total	FAIBLE		MODEREE		FORTE	
TO		68	27	39,7%	28	41,2%	13	19,1%	49	25	51,0%	18	36,7%	6	12,2%
T3		39	6	15.4%	6	15.4%	2	5.1%	33	6	18.2%	6	18.2%	2	6.10%

Annexe 3 – Données brutes des sous groupes

CORONARIEN																
	nombre	%	age moy	age median	TABAC	%	TRT PSY	%	Anxiété T0	%	Anxiété T3	%	Dépression T0	%	Dépresion T3	%
TOTAL	70	51%	62,5	72,0	19	27,1%	7	10,0%	31	44,3%	15	21,4%	22	31,4%	14	20,0%
FEMME	21	30%	70,1	71,0	3	14,3%	4	19,0%	9	42,9%	4	19,0%	8	38,1%	3	14,3%
HOMME	49	70%	59,3	72,0	16	32,7%	3	6,1%	22	44,9%	11	22,4%	14	28,6%	11	22,4%
score moyen			62,5						7,4		5,1		5,3		4,5	
écart type			13.6						3.9		3.8		4.4		3.9	

	ANXIETE							DEPRESSION						
	total	FAIBLE		MODEREE		FORTE		total	FAIBLE		MODEREE		FORTE	
TO	31	16	51,6%	13	41,9%	2	6,5%	49	25	51,0%	18	36,7%	6	12,2%
T3	22	10	45.5%	9	40.9%	3	13.6%	14	6	42.9%	6	42.9%	2	14.29%

VALVULAIRE															
	nombre %		age moy	age median	TABAC %		TRT PSY %		Anxiété T0 %		Anxiété T3 %		Dépression T0 %		Dépresion T3
TOTAL	38	28%	71,9	74,5	4	10,5%	6	15,8%	16	42,1%	13	34,2%	13	34,2%	10
FEMME	20	15%	75,3	77,0	1	5,0%	4	20,0%	9	45,0%	8	40,0%	7	35,0%	6
HOMME	18	13%	68,1	69,5	3	16,7%	2	11,1%	7	38,9%	5	27,8%	6	33,3%	4
score moyen			71,9						7,9		6,4		5,8		5,5
écart type			12.1						4.9		4.6		4.5		3.9

	ANXIETE							DEPRESSION						
	total	FAIBLE		MODEREE		FORTE		total	FAIBLE		MODEREE		FORTE	
TO	16	8	50,0%	7	43,8%	5	31,3%	13	7	53,8%	5	38,5%	1	7,7%
T3	13	7	53,8%	3	23,1%	3	23,1%	10	3	30,0%	6	60,0%	1	10,0%

INSUFFISANCE CARDIAQUE																
	nombre	%	age moy	age median	TABAC	%	TRT PSY	%	Anxiété T0	%	Anxiété T3	%	Dépression T0	%	Dépresion T3	%
TOTAL	18	13%	70,4	69,5	3	16,7%	5	27,8%	13	72,2%	6	33,3%	7	38,9%	5	27,8%
FEMME	9	7%	78,7	76,0	0	0,0%	1	11,1%	7	77,8%	3	33,3%	4	44,4%	1	11,1%
HOMME	9	7%	62,2	64,0	3	33,3%	4	44,4%	6	66,7%	3	33,3%	3	33,3%	4	44,4%
score moyen			70,4						9,5		6,8		7,2		5,8	
écart type			13,7						5.1		3.5		3.5		3.9	

	ANXIETE							DEPRESSION						
	total	FAIBLE		MODEREE		FORTE		total	FAIBLE		MODEREE		FORTE	
TO	13	3	23,1%	7	53,8%	3	23,1%	7	5	71,4%	1	14,3%	1	14,3%
T3	6	1	16.7%	4	66.7%	1	16.7%	5	3	60.0%	1	20.0%	1	20.0%

AUTRES

	nombre	%	age moy	age median	TABAC	%	TRT PSY	%	Anxiété T0	%	Anxiété T3	%	Dépression T0	%	Dépression T3	%
TOTAL	11	8,0%	75,9	79,0	1	9,1%	1	9,1%	8	72,7%	5	45,5%	7	63,6%	4	36,4%
FEMME	5	3,6%	77,2	79,0	0	0,0%	0	0,0%	4	80,0%	3	60,0%	3	60,0%	1	20,0%
HOMME	6	4,4%	74,8	81,0	1	9,1%	1	9,1%	4	66,7%	2	33,3%	4	66,7%	3	50,0%
score moyen			75,9						9,2		8,2		8,2		6,5	
écart type			12,0						5,1		3,8		4,8		4,3	

	ANXIETE							DEPRESSION						
	total	FAIBLE		MODEREE		FORTE		total	FAIBLE		MODEREE		FORTE	
T0	8	4	50,0%	1	12,5%	3	37,5%	7	3	42,9%	3	42,9%	1	14,3%
T3	5	2	40,0%	3	66,7%	0	0,0%	4	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%

IX. BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Haute Autorité de Santé. « Ensemble, améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde », 30/11/2010. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_531129/la-has-sattaque-a-linfarctus-du-myocarde
- ² INSEE. « L'état de santé de la population en France – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique » – Rapport 2008 – Objectif 69
- ³ Société Française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire. Rapport de juin 2014 de la SFCTCV. http://www.sfctcv.net/ftp/documents/doc_JL_2014_0001.pdf
- ⁴ Perel C, Chin F, Tuppin P, Danchin N, Alla F, Juillièr Y, de Peretti C. « Taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2008 et évolutions 2002-2008 », 2012 ; 41 : pages 466-470.
- ⁵ Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. « Attitudes et comportements de santé. » Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé INPES; 2007. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
- ⁶ "Santé mentale en population générale : images et réalités" (SMPG) : enquête multicentrique internationale pilotée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (Asep) et le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) entre 1999 et 2003. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe_3_DREES_-_Representations_de_la_sante_mentale.pdf
- ⁷ Beck F, Guignard R. « La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. » INPES 2012;(421):43-5.
- ⁸ ANAES. « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. » 2002.
- ⁹ ANSM. « Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. » 2013.
- ¹⁰ Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J. "The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys." *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009 ; 18(1):23-33.
- ¹¹ Enquête SMPG de la DREES datant de 2004. « Santé mentale en population générale : images et réalités » http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe_3_DREES_-_Representations_de_la_sante_mentale.pdf
- ¹² Semaan W, Hergueta T, Bloch J, « Étude transversale de la prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété en médecine générale. » *L'encéphale.* 2001 ; 17 : 238-244.
- ¹³ Dreyfuss F, Dasberg H, Assael MI. « The relationship of myocardial infarction to depressive illness. » *Pubmed – Psychother Psychosom* 1969 ; 17 :73-81.
- ¹⁴ Suls J, Bunde J. « Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective disposition. » *Psychol Bull* 2005 ; 131(2) : 260-300
- ¹⁵ Wulsin LR, Singal BM. « Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? » *Pubmed - Psychosom Med* 2003 ; 65 : 201-10.
- ¹⁶ Denollet J, Rombouts H, Gillebert T. "Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease." *Lancet* 17 February 1996, Pages 417–421
- ¹⁷ Colin P, Slama MS. « Fréquence des facteurs de risque psychosociaux dans l'angor stable, et différences entre hommes et femmes. » *Act Med Int- Hypertension* (12), n°2, Février 2000
- ¹⁸ Consoli S, Kahidja Lahlou-Laforêt. « Le poids de la dépression sur la maladie coronaire. » *Consensus Cardio* Juin 2005
- ¹⁹ Lesperance F, Frasur Smith. "Depression in patients with cardiac disease: a practical review." *J Psychosom Res*, 2000;48:379-91
- ²⁰ Yusuf S, Hawken S, Ounpou S. "Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries." *Lancet* 2004 ;364 :937-52
- ²¹ Yusuf S, Hawken S, Ounpou S. "Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries." *Lancet* 2004 ;364 :937-52
- ²² Pignalberi C, Patti G, Chimenti C, Pasceri V, Maseri A. "Role of different determinants of psychological distress in acute coronary syndromes." *J Am Coll Cardiol* 1998 ; 32 : 613-9.
- ²³ Clark AM. "It's like an explosion in your life... Stress and myocardial infarction." *Nurs J Clin.* juillet 2003; 12 (4): 544-53
- ²⁴ Cornock M. "Cardiac distress." 1996 *Nursing Times*; 92: 19, 44-46
- ²⁵ Blundell E. 1967. "A psychological study of the effects of surgery on eighty-six elderly patients." *Brit J Soc Clin Psychol* 6 : 297-303

- ²⁶ Maudet M, Sost, Coupet. « Evaluation gériatrique des patients de plus de 75 ans 3 mois après un remplacement valvulaire aortique percutané. » La revue de gériatrie 2013 ; 177 : 0397-7927
- ²⁷ Guallar-Castillon P, Montoto-otero C. "Prevalence of depression and associated medical and psychosocial factors in elderly hospitalised patients with heart failure in Spain." Rev Esp Cardiol. 2006 ; 59 : 770-8.
- ²⁸ Whang W, Albert C, Sears S, Lampert R. "Depression as a predictor for appropriate shocks among patients with implantable cardioverter-defibrillators." JACC avril 2005, pages 1090-1095
- ²⁹ HAS – Note d'orientation. « Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. » Octobre 2013. P 13
- ³⁰ Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. "Detection of depression and anxiety in primary care: follow-up study." BMJ 2002;325(7371):1016-7.
- ³¹ Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. "Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication." Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):603-613.
- ³² Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, Czernichow. "Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. » L'Encéphale, vol.36, juin 2010
- ³³ Norton J, De roquefeuil G, David M. « Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire. » L'encéphale decembre 2009, pages 560–569
- ³⁴ Nemeroff CB, Musselman DL, Evans DL. "Depression and cardiac disease." Depress Anxiety 1998 ; 8 (suppl. 1) : 71-9
- ³⁵ WHO. "Report on needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with coronary artery disease." July 1992. Geneva.
- ³⁶ Meurin P, Massabie R, Renaud N, Weber H. « Intérêt de la réadaptation cardiaque chez le patient coronarien. » Sang Thrombose Vaisseaux 2004 ; 16, n° 9 : 447-54
- ³⁷ Société Française de Cardiologie. Delahaye F. et Al. « Recommandations de la SFC. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux. » tome 94, n° 7, juillet 2001
- ³⁸ Department of Health. Improvement Leaders' Guides. 2000 London: NHS Modernisation Agency.
- ³⁹ Piepoli MF, Corra U, Benzer W. « La prévention secondaire par la réadaptation cardiaque: de la connaissance à la mise en œuvre. » Un document de position de la Section de réadaptation cardiaque de l'Association européenne de prévention et de réadaptation cardiovasculaire. Eur J Cardiovasc réadap Préc fév 2010 ; 17, 1-17
- ⁴⁰ GERS – « Recommandations dans la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte » – Juin 2014
- ⁴¹ « Réadaptation cardiaque hospitalière après un infarctus du myocarde en France » – INVS 2011 - http://www.invs.sante.fr/beh/2014/5/pdf/2014_5_1.pdf
- ⁴² <http://www.demographie.medecin.fr/demographie>
- ⁴³ « Présentation de la réforme de l'Assurance Maladie. Le portail du service public de la Sécurité sociale. », <http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>.
- ⁴⁴ « Accès direct aux spécialistes en 2006. Quelle évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie - DossierPresseQes134.pdf », <http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/ComPresseQes/DossierPresseQes134.pdf>.
- ⁴⁵ Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. « La dépression en France. » Enquête Anadep 2005. Saint- Denis: INPES; 2009
- ⁴⁶ Gallais JL, Alby MC. « Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. » L'encyclopédie médico-chirurgicale. 2013. 37-956-A-20
- ⁴⁷ « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, études et résultats. » DREES - ORS N° 810. Septembre 2012
- ⁴⁸ Gallais JL. « Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste ». Mise à jour, l'information psychiatrique 2014 ; 90 : 323–9
- ⁴⁹ Yohannes AM, Doherty P, Bundy C. "The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life." 2010. JCN 19, 2806–2813.
- ⁵⁰ Barthelmé B, Poirot Y. « Niveau d'anxiété et de dépendance des primoconsommants d'anxiolytiques : une étude de psychométrie. » La presse médicale novembre 2008, pages 1555–1560
- ⁵¹ Pélissolo A, Manière F, Boutges B. « Troubles anxieux et dépressifs chez 4 425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale. » L'encéphale fevrier 2007, Pages 32–38
- ⁵² Snaith RP. "The Hospital Anxiety And Depression Scale." Health Qual Life Outcomes 2003;1:29.

-
- ⁵³ Barczak P, Kane N, Andrews S, Congdon AM, Clay JC, Betts T. "Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinary clinic. A validation of the Hospital Anxiety Depression scale (HAD)." *The British Journal of Psychiatry* May 1988, 152 (5) 698-700; DOI: 10.1192/bjp.152.5.698
- ⁵⁴ Berkman, Lisa F.; Blumenthal, James; Burg, Matthew; "Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) randomized trial." *JAMA* 2003; 289 : 3106-3116.
- ⁵⁵ Duarte Freitas P. et al. « Impact à court terme d'un programme de réadaptation cardiaque intensif de quatre semaines sur la qualité de vie et l'anxiété-dépression. » 2011. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 54 ; 132-143
- ⁵⁶ Worcester MC, Hare DL, Oliver RG. "Early programmes of high and low intensity exercise and quality of life after acute myocardial infarction." *BMJ* 1993;307(6914):1244-7.
- ⁵⁷ Lavie CJ, Milani RV. "Benefits of cardiac rehabilitation and exercise training programs in elderly coronary patients." 2001. *American J of Geriatric Cardiology* ;10(6):323-7.
- ⁵⁸ Lavie CJ, Milani RV. "Impact of aging on hostility in coronary patients and effects of cardiac rehabilitation and exercise training in elderly persons." *Am J Geriatr Cardiol.* 2004;13:125-130
- ⁵⁹ Spijkerman TA, et al. « Who is at risk of post-MI depressive symptoms? » *Pubmed - Psychosom Res* 2005 ; 58 : 425-32.
- ⁶⁰ DRASS « Santé mentale en population générale : image et réalité dans la région PACA. » http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Infostat_9.pdf
- ⁶¹ Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. "Depression following myocardial infarction : impact on 6month survival." *JAMA* 1993 ; 270 : 1819-25.
- ⁶² Ladwig KH, Roll G, Breithardt G, Borggrefe M. "Extracardiac contributions to chest pain perception in patients 6 months after acute myocardial infarction." *Am Heart J* 1999 ; 137 : 528-35.
- ⁶³ Barefoot JC, Helms MJ, Mark DB et al. "Depression and long term mortality risk in patients with coronary artery disease." *Am J Cardiol* 1996 ; 78 : 613-7.
- ⁶⁴ Kamphuis M, Kalminj S, Tijhuis M. "Depressive symptoms as risk factor of cardiovascular mortality in older European men: the Finland, Italy and Netherlands Elderly (FINE) study" *European Journal of Preventive Cardiology* April 2006 vol. 13 no. 2 199-206.
- ⁶⁵ Dong JY, Zhang YH, Tong J. "Depression and Risk of Stroke. A Meta-Analysis of Prospective Studies". *American Heart Association.* 2012 ; 43: 32-37
- ⁶⁶ Bogner HR, Ford D, Gallo JJ. "The role of cardiovascular disease in the identification and management of depression by primary care physicians." *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006 : 14 : 7-8.
- ⁶⁷ Lloyd GG, Cowley RH. "Psychiatric morbidity in men after myocardial infarction. *BMJ* 1978 ; 2 : 1953
- ⁶⁸ Task Force on cardiac rehabilitation of the European Society of Cardiology. "Cardiac rehabilitation. *Euro Heart Journal* 1992 ; 13 : 1-45

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.